

資格事項（変更）届

令和 年 月 日

(あて先)
加西市長 様

住 所 加西市

氏 名
受給(対象)者との続柄 ()
電 話

次のとおり届け出ます。

医療助成の別	高齢障等医療	
	変 更	変 更 前
① フリガナ 氏 名	(男)	
② 生 年 月 日		
③ 居 住 地		
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者・組合員又は世帯主の氏名)	
	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)	
	(被保険者証又は組合員証の記号番号)	
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)	
	(保険者の名称)	
	(保険種別 後期高齢) (番 号)	(保険種別) (番 号)
	(保険者の所在地)	
⑤ 届 出 事 由		
受給(対象)者 番 号		
No		